

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten
der Universität Frankfurt am Main
Direktor: Prof. Dr. F. Herrmann

Zur Klinik der Psoriasis (I)

Kritische Auswertung der Untersuchungsbefunde
von Psoriasis-Patienten
der Universitäts-Hautklinik Frankfurt
aus den Jahren 1950 - 1954

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades
der Zahnmedizin
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
zu Frankfurt am Main

vorgelegt von
Mahmud Mokhtare
aus Täbriz - Iran
Frankfurt/M. 1963



Dekan: Prof. Dr. med. J. Frey
Referent: Prof. Dr. med. G. Leonhardi
Korreferent: Prof. Dr. med. F. Hoff

Tag der mündlichen Prüfung: 8.11.1963

Ich sage Herrn Professor Dr. G. L e o n h a r d i ,
der mir das Thema überließ, meinen herzlichen
Dank, auch dafür, daß er mich bei der Durchführung
dieser Arbeit unterstützt hat.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Einleitung	5
II. Untersuchungsmethode	7
III. Auswertung des klinischen Krankengutes	
1. Verteilung der Patienten auf die einzelnen Psoriasis-Gruppen	12
2. Verteilung der Psoriasis-Patienten auf die Geschlechter	13
3. Zahl der stationären Psoriasis-Patienten an der Universitäts-Hautklinik Frankfurt	14
4. Beruf der Patienten	15
5. Konstitution der Patienten	15
6. Ernährung der Patienten	16
7. Familienanamnese	17
8. Eigenanamnese	18
a) Vorkommende Krankheiten	19
b) Angina	22
c) Menarche - Menses - Menopause	23
d) Gravidität	24
9. Jahreszeitliches Auftreten der Psoriasis	26
10. Erstmaliges Auftreten der Psoriasis	29
11. Anzahl der Psoriasis-Schübe bis jetzt	31
12. Vorkommende Psoriasis-Formen im Laufe der Erkrankung	32
13. Sitz der Effloreszenzen	33
14. Form der Effloreszenzen	41
15. Anordnung der Effloreszenzen	44
16. Schuppung	45
17. Juckreiz	46
18. Kerzenfleckphänomen - Auspitzphänomen	47
19. Köbner	47
20. Hautkrankheiten gleichzeitig mit Psoriasis	48
21. Erkrankungen während des Krankenhaus-aufenthaltes	50
22. Laboruntersuchungen	51
23. Besonderheiten	52
24. Medikamente in den Jahren 1950 - 1954	54
IV. Zusammenfassung	55
V. Literaturverzeichnis	57

I. Einleitung:

Die Psoriasis gehört zu den kutan-epidermalen Hautkrankheiten, wobei die Primäreffloreszenz ein hellrotes Knötchen ist, bedeckt von weißlichen Schuppen. Je nach Größe und Form der Effloreszenzen unterscheidet man: Eine punkt-, münzen-, en plaques- und ringförmige Psoriasis, ferner eine invertierte Form, die an den Axillen, Inguines und Hand- und Fußinnenflächen zu finden ist, sowie eine exsudative Form, die vor allem an sich berührenden Hautflächen auftritt. Die Herde kommen einzeln, gruppiert oder disseminiert am ganzen Körper vor. Besonders häufig befallen sind die Ellbögen, Knie, die Streckseiten der Extremitäten, die Kreuzbeingegend und der behaarte Kopf. Die Haare sind nicht betroffen, die Nägel jedoch häufig. Auf der Schleimhaut findet man nur sehr selten Effloreszenzen.

Die Schuppung kann silberweiß, asbestfarbig, klein- oder großlamellös, zentimeterdick oder auch nur schwach ausgeprägt sein, so daß sie erst durch Kratzen erkennbar wird (Kerzenfleckphänomen). Nach Entfernen der Schuppe gelangt man auf eine rote Fläche, von der man ein feines Häutchen ablösen kann. Darunter sieht man kleine Bluttröpfchen hervortreten (Auspitzphänomen). Während eines psoriatischen Schubs werden bestimmte Reize, welche die Haut treffen, mit Psoriasiseffloreszenzen beantwortet = isomorpher Reizeffekt (Köbnerphänomen).

Histologisch findet man Veränderungen sowohl in der Epidermis als auch in der Cutis. Die Epidermis weist eine Parakeratose auf, d.h., die Hornschicht ist kernhaltig, das Stratum granulosum fehlt, das Stratum spinosum ist verbreitert (Akanthose) und die in die Cutis hineinragenden Retezapfen sind verlängert und verdickt. Zwischen den Epidermiszellen finden sich Leukocyten, unter der Hornschicht häufig in größeren Ansammlungen, den sogenannten Munroschen Abszessen. Die Cutis zeigt entsprechend den Veränderungen der Epidermis Verlängerung und

Verschmälerung der Papillarkörper (Papillomatosis) und Verdickung ihrer Spitzen, außerdem starke Erweiterung und Füllung der Papillargefäße.

Die Psoriasis-Schübe zeigen zuweilen eine auffällige jahreszeitliche Bindung, Exacerbationen treten häufig im Frühjahr und Herbst auf.

Man findet die Psoriasis in allen Ländern; bei den farbigen Rassen jedoch seltener. Der Pigmentgehalt der Haut scheint eine Rolle für die Häufigkeit der Psoriasis zu spielen. Sie kann in jedem Lebensalter auftreten, beginnt aber am häufigsten in der Pubertät.

Die Psoriasis ist ein chronisches Leiden, das schubweise auftritt mit längeren und kürzeren erscheinungsfreien Intervallen oder mit Zeiten geringeren Befallenseins. Viele Menschen werden ihr ganzes Leben lang in kürzeren oder längeren Zeitabständen von Psoriasis-Schüben, die Wochen und Monate dauern können, heimgesucht. Die Prognose ist mit Hinblick auf Lebensdauer und Arbeitsfähigkeit gut. Als Komplikation kann eine Ps. arthropathica oder eine psoriatische Erythrodermie auftreten. Die Psoriasis-Herde heilen mit restitutio ad integrum ab. Es können dabei aber zunächst hyperpigmentierte Stellen mit wegdrückbarer dunkler Tönung zurückbleiben oder aber auch ein manchmal einige Jahre persistierendes Leukoderm. Diese Neigung zur Depigmentierung wird als charakteristisch für die Psoriasis angesehen.

Differentialdiagnostisch kommen alle erythemato-squamösen Erkrankungen in Betracht: Seborrhoische Dermatitis, Pityriasis rosea, Parapsoriasis, sowie psoriasiforme Mycosis fungoides, Lichen simplex chronicus Vidal, Lues, Tuberkulose und Trichophytie.

Die Ätiologie der Psoriasis ist noch unbekannt, fest steht nur, daß sie ein unregelmäßig dominant vererbliches Leiden ist. Als Ursache werden Stoffwechselstörungen angese-

hen, erhöhte Blutzucker- und Cholesterinwerte wurden gefunden, ebenso Hyperlipämie und Lipoidanhäufungen in den Papillarkörpern. Die Untersuchungsergebnisse sind jedoch nicht einheitlich, sie widersprechen einander sogar häufig. Viele Autoren glauben auch, daß die Ursache in einer Störung der inneren Sekretion, vor allem der Nebennierenrinde zu suchen sei.

Andere wiederum glauben an eine Störung des Systems: Diencephalon - Hypophyse - Nebennierenrinde und weisen auf den seelischen Einfluß auf die Psoriasis hin. Obwohl nach einem Erreger gesucht wurde, konnte ein solcher bis jetzt nicht nachgewiesen werden.

Die Psoriasis ist eine der häufigsten Hautkrankheiten. Obwohl im Laufe der Jahre die verschiedensten Theorien über die Ätiologie dieser Erkrankung aufgestellt worden sind, ist sie noch immer unbekannt.

Die vorliegende Arbeit soll eine kritische Beurteilung der Psoriasiserkrankungen der Frankfurter Universitäts-Hautklinik im Laufe von 5 Jahren sein (1950-1954).

II. Untersuchungsmethode:

Als Untersuchungsmaterial dienten die Krankenblätter der an Psoriasis erkrankten Patienten, die während dieser 5 Jahre in unserer Klinik stationär aufgenommen worden sind. Um die Krankengeschichten einheitlich auswerten zu können, wurde ein Formblatt entwickelt, das alle Fragen, die bei der Untersuchung und Behandlung eines Psoriaticus zu beantworten wichtig erschienen, enthält. Die Reihenfolge der gestellten Fragen entspricht ungefähr der Gliederung einer Krankengeschichte.

Ein Muster dieses Formblattes sei hier angefügt:

Aus der Krankengeschichte Nr. der Universitäts-Hautklinik Ffm.

Name: Vorname: geb.: Beruf:

Konstitution: Pigmenttyp: Ernährung:

F.A.: Psoriasis:

Andere Krankheiten:

E.A.: Gravidität: Angina:

Andere Krankheiten:

Erstmaliges Auftreten: Alter bei Ausbruch:

<u>Psoriasissschübe:</u>	1.Schub	2.Schub	3.Schub	4.Schub	5.Schub
Jahr					
Zeit					
Klinik					
Sitz (s.Anlage)					
Form					
Effloreszenzen:					
solitär					
gruppiert					
disseminiert					
Schuppung:					
stark					
schwach					
klein-					
mittel-					
grosslamellös					
asbestfarbig					
silberweiss					
Juckreiz:					
stark					
mässig					
kein					
Kerzenfleck					
Auspitz					
Köbner					

	1.Schub	2.Schub	3.Schub	4.Schub	5.Schub
Abheilung:					
Leukoderm					
Pseudoleukoderm					
Hyperpigmentierung					
Restherde					
Lokalisation					
Histologie					
Hautkrankheiten: gleichzeitig im Intervall					
Laboruntersuchungen:					
Serumfett					
Fettbelastung					
N-Werte					
Elektrophorese					
BSG					
Blutbild					
Sero-R.					
Urin					
Bakteriologie					
Pilznachweis					
Innere Organe					
Diagnose					
Besonderheiten					

Schübe:

Behandlungsart:

Behandlungsdauer:

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Behandlungserfolg:

geheilt:

gebessert:

unverändert:

1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Anlage zum Formblatt " Psoriasis".

Sitz der Erkrankung:

1. Behaarte Kopfhaut: a) herdförmig b) diffus

2. Gesicht: a) Stirn-Haargrenze b) Augenbrauen
c) periorbital d) Nase e) Wangen f) perioral
g) Nasolabialfalten h) Mentalfalte i) Ohren

3. Hals 4. Nacken

5. Stamm: a) Schulter b) vordere Schweißrinne c) Mamma-
falten d) seitlicher Thorax e) hintere Schweißrinne
f) Kreuzbeingegend g) Hüftgegend h) Gesäß i) Rima ani
k) perianal

6. Extremitäten: Streckseiten: a) Oberarm b) Ellbogen
c) Unterarm d) Handrücken e) Oberschenkel f) Knie
g) Unterschenkel h) Fußrücken. Beugeseiten: i) Axilla
k) Oberarm l) Ellenbeuge m) Unterarm n) Handteller
o) Oberschenkel p) Kniekehle q) Unterschenkel r) Fuß-
sohle.

7. Nägel: a) Finger b) Zehen

8. Gelenke: a) Finger b) Hand c) Ellbogen d) Schul-
ter e) Zehen f) Fuß g) Knie h) Hüfte i) Wirbel

9. Genitale: a) mons pubis b) Inguines c) Präputium
d) Sulcus coronarius e) Glans penis f) Penishaut
g) Scrotum h) gr. Labien i) kl. Labien k) Clitoris

10. Schleimhaut

Form der Erkrankung:

1. Ps. punctata, guttata. 2. Ps. numularis 3. Ps. annula-
ris 4. Ps. en plaques a) geographica, figurata b) gyra-
ta, circinata, serpiginosa 5. Ps. discreta 6. Ps.
lichenoides 7. Ps. verrucosa 10. Ps. varioliformis
11. Ps. exsudativa 12. Ps. pustulosa 13. Ps. inversa
14. Ps. arthropathica 15. Exfoliative Erythrodermie
16. Nägel: a) Tüpfelnägel b) Längs- und Querfurchen
c) Ölflecken d) subunguale Hyperkeratosen e) aufge-
splitterte Nägel 17. Rhagaden 18. Lichenifikation

III. Auswertung des klinischen Krankengutes.

1. Verteilung der Patienten auf die einzelnen Psoriasis-Gruppen

Insgesamt wurden in den Jahren 1950-1954 367 an Psoriasis erkrankte Patienten stationär behandelt. 47 Patienten wurden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt, da sie in den Jahren 1955-1960 erneut in stationärer Behandlung waren. Diese Krankenblätter wurden von anderer Seite ausgewertet. (Vergl. Diss. U. Manitz).

Es werden hier also insgesamt 320 Patienten abgehandelt. Diese verteilen sich auf die einzelnen Psoriasis-Gruppen wie folgt (Tab. 1):

Tab.1: Verteilung der Patienten auf die einzelnen
Psoriasis-Gruppen

Ps. vulgaris	235	Pat.
Ps. exanthematoides	68	"
Ps. inversa	8	"
Ps. arthropathica	8	"
Ps. mit Erythrodermie	1	"
Insgesamt:	320	"

Von den 320 Patienten hatten 68 Patienten eine exanthematoide und 8 Patienten eine invertierte Psoriasis. Bei 8 Patienten war die Psoriasis durch eine Gelenkbeteiligung und bei 1 Patienten durch den Übergang in eine Erythrodermie kompliziert.

2. Verteilung der Psoriasis-Patienten auf die Geschlechter.

Bei der Verteilung auf die Geschlechter zeigt sich, daß von unseren 320 Patienten 52,18 % aller Patienten Männer und 47,82 % Frauen waren. Berücksichtigt man die einzelnen Psoriasis-Gruppen, so ergeben sich auffallende Unterschiede: Bei der Ps. vulgaris-Gruppe sind 57,87 % der Patienten Männer und 42,13 % Frauen, bei der Ps. exanthematoides-Gruppe dagegen nur 33,82 % Männer und 66,18 % Frauen, also ein deutliches Überwiegen der weiblichen Patienten (Tab. 2).

Tab. 2: Verteilung der Patienten auf die Geschlechter.

	Patientenzahl			in %	
	Insg.	♂	♀	♂	♀
Ps. vulgaris	235	136	99	57,87	42,13
Ps. exanthematoides	68	23	45	33,82	66,18
Ps. inversa	8	3	5	37,50	62,50
Ps. m.Erythrodermie	1	1			
Ps. arthropathica	8	4	4	50,00	50,00
Insgesamt	320	167	153	52,18	47,82

Bei STAUFFER sind 55 % der Patienten Männer und 45 % Frauen (von 902 Pat.), bei TIEDEMANN 54,7 % Männer und 45,3 % Frauen. STEINKE gibt an: 50,8 % Männer und 49,2 % Frauen (von 6708 Pat.). Bei den von STEINKE angeführten Autoren schwankt der Prozentsatz der Männer zwischen 52,3 und 86,3 %. Bei CHURCH allerdings überwiegen die Frauen mit 56 %. Da STEINKES Angaben sich auf 6708 Patienten beziehen - das ist mit Abstand das größte untersuchte Patientengut - möchte ich auch annehmen, daß kein auffälliger Unterschied bei der Verteilung auf die Geschlechter besteht. Abweichungen davon werden wohl meist ihre Ursache in der verhältnismäßig kleinen Patientenzahl haben.

3. Zahl der stationären Psoriasis-Patienten an der
Universitäts-Hautklinik Frankfurt.

Da einige der 320 Patienten im Laufe der 5 Jahre mehrmals hospitalisiert wurden, kam es zu 364 stationären Aufnahmen. In Tab. 3a ist die Verteilung der stationären Aufnahmen der Psoriasis-Patienten auf die einzelnen Jahre angegeben.

Tab. 3a: Verteilung der stationären Aufnahmen auf die
einzelnen Jahre.

	1950	1951	1952	1953	1954	Insges.
Insges. (320 Pat.):	60	77	76	78	73	364
Zuzüglich (s. S. 12):	2	8	10	16	11	47
Insgesamt:	62	85	86	94	84	411

In den Jahren 1950 bis 1954 kam es an der Universitäts-Hautklinik Ffm. zu insgesamt 9412 stationären Aufnahmen, darunter befanden sich 411 x Patienten mit Psoriasis, das sind 4,36 %. Auf die einzelnen Jahre verteilt, ergibt sich folgendes Bild (Tab. 3b):

Tab. 3b: Anteil der Psoriasis-Fälle an der Gesamtzahl
der stationären Aufnahmen an der Universitäts-
Hautklinik Ffm.

	Stationäre Aufnahmen insges.	Psoriasis- Patienten	in %
1950	2307	62	2,68
1951	1935	85	4,39
1952	1804	86	4,71
1953	1739	94	5,41
1954	1627	84	5,16
1950-54	9412	411	4,36

Man sieht, daß die Gesamtzahl der stationären Aufnahmen von Jahr zu Jahr kleiner wird, die Zahl der stationär aufgenommenen Psoriatiker, abgesehen von 1954, stetig ansteigt und damit auch deren Prozentsatz.

TIEDEMANN gibt den Anteil der Psoriatiker an den gesamten Hautkranken der Tübinger Klinik mit 6,7 % an.

Aus Tab. 4 geht hervor, wie oft die einzelnen der 320 Patienten innerhalb der 5 Jahre, bzw. seit dem Erstausbruch der Psoriasis stationär behandelt worden sind. Es zeigt sich, daß die meisten Patienten, d.h. mehr als 3/4 der Gesamtzahl nur 1x in klinischer Behandlung war.

Tab. 4: Anzahl der stationären Aufnahmen der 320 Patienten.

	zwischen 1950 und 1954	insgesamt seit Erstausbruch
1 x stationär	285 Pat.	225 Pat.
2 x "	29 "	59 "
3 x "	3 "	19 "
4 x "	3 "	13 "
5 x "		3 "
9 x "		1 "

4. Beruf der Patienten.

Es ist keine Bevorzugung irgendeiner Berufsgruppe festzustellen.

5. Konstitution der Patienten:

Von den insgesamt 320 Patienten ist nur bei 62 die Konstitution angegeben (Tab. 5):

Tab. 5: Verteilung der Patienten auf die einzelnen Psoriasis-Gruppen und die Geschlechter.

	Ps. vulg.		exanth.		inversa		arthr.		Insges.		Insges.
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	
adipös	8	12	1	5	1			1	10	18	28
pyknisch	1	5		3		2			1	10	11
athletisch	3	1	1						4	1	5
asthenisch	8	3		7					8	10	18

Von diesen 62 Patienten sind 28 adipös, also fast die Hälfte. Allerdings sind 62 von insgesamt 320 Patienten eine viel zu kleine Anzahl, um daraus endgültige Schlüsse ziehen zu können.

6. Ernährung der Patienten.

Von den insgesamt 320 Patienten sind nur bei 64 Patienten Bemerkungen über Ernährung und bei 17 Patienten über Körpergewichtsänderungen gemacht. Es fanden sich folgende Angaben:

1. Ernährung:

a) Mit Einfluß auf die Psoriasis:

Verschlimmerung der Psoriasis

nach Schweinefleisch, Fett und Wurst:

12 Pat.

nach Alkohol

1 "

b) Ohne Einfluß auf die Psoriasis:

Viel Schweinefleisch und Fett

30 "

viel Butter

3 "

viel Wurst

1 "

Alkoholabusus

1 "

wenig Fleisch und Fett

12 "

statt Butter Margarine

1 "

Abneigung gegen Fett

2 "

fettarme Kost

1 "

2. Körpergewicht:

14 Patienten geben eine Gewichtszunahme vor
Aufreten der Psoriasis an, davon 5 Patienten
eine Gewichtszunahme von 10 - 30 Pfund.

3 Patienten geben eine Gewichtsabnahme an.

Auch hier ist die Anzahl der Patienten, bei denen exakte
Angaben gemacht sind, ebenfalls nicht ausreichend und
die einzelnen Angaben auch zu widersprechend, als daß
man sagen könnte, nach Schweinefleisch und Fett tritt
im Allgemeinen eine Verschlimmerung der Psoriasis ein.

7. Familienanamnese.

Nach GRÜNEBERG ist die Psoriasis ein unregelmäßig domi-
nant vererbliches Leiden.

Auch von unseren Patienten gab ein großer Teil ein fami-
liäres Vorkommen der Psoriasis an.

Von den insgesamt 320 Patienten sind bei 99 Patienten -
30,9 % noch 1 oder mehrere Familienmitglieder befallen.

bei den 99 Patienten waren befallen:

1 Familienmitglied	bei 72 Pat.
2 Familienmitglieder "	26 Pat.
3 Familienmitglieder "	1 Pat.

davon:

Elternteil	49 x
Großelternteil	21 x
Urgroßelternteil	2 x
Geschwister	33 x
Kinder	3 x
Tante o. Onkel	10 x
Cousin(e)	9 x

Bei eineiigen Zwillingsgeschwestern hatte die eine Schwe-
ster Psoriasis, die andere nicht (s.unter Besonderheiten).

Allerdings ist die Anamnese oft ungenau, oder die Patienten konnten keine exakten Angaben machen, da sie nicht alle Familienmitglieder kannten oder sie aus den Augen verloren hatten. Der tatsächliche Prozentsatz liegt daher wahrscheinlich noch höher.

STEINKE hat von 6708 Patienten ein familiäres Vorkommen der Psoriasis bei 9,7 % der Patienten gefunden, er räumt aber ein, daß in den früheren Jahren die Anamnese nicht genau genug aufgenommen worden sei. Bei den von ihm angeführten Autoren schwankt der Prozentsatz zwischen 5 und 39 %.

CHURCH gibt 34 % an, STAUFFER 10 %, aber auch mit den schon erwähnten Vorbehalten.

Was nun andere Krankheiten in der Familie unserer Patienten anbelangt, so ist die Anamnese unauffällig.

8. Eigenanamnese.

In diesem Kapitel werden zunächst (s. 8,a) die Erkrankungen abgehandelt, die die Patienten nach ihren eigenen Angaben vor dem Erstausbruch der Psoriasis oder zwischen den einzelnen Psoriasis-Schüben durchgemacht haben und die angeblich keinen Einfluß auf die Psoriasis erkennen ließen.

Die Hautkrankheiten, die entweder nach Angaben der Patienten zur Zeit eines Psoriasis-Schubs oder, wie aus den Krankenblättern ersichtlich, zur Zeit der stationären Aufnahme der Patienten bestanden, und die Erkrankungen, die während eines Krankenhausaufenthaltes auftraten, werden in den Kapiteln 20 und 21 besprochen.

Entsprechend der Gliederung des Formblattes werden die Angina und ihr Einfluß auf die Psoriasis gesondert behandelt (s. 8,b). In Abschnitt 8,c wird über den Einfluß der Menarche, Menses und Menopause und in Abschnitt 8,d über den Einfluß der Gravidität auf die Psoriasis berichtet.

a) Vorkommende Erkrankungen:

Es folgt eine Übersicht der Krankheiten, die, wie schon erläutert, nach Angaben der Patienten vor dem Erstausbruch oder zwischen den Psoriasis-Schüben aufgetreten sind, ohne daß ihrer Ansicht nach ein Einfluß auf die Psoriasis zu erkennen war. Es muß aber erwähnt werden, daß die Angaben der Patienten häufig unzureichend und was den Zeitpunkt der Erkrankung anbetrifft, oft ungenau waren.

Masern	165	
Keuchhusten	68	
Diphtherie	29	
Scharlach	59	
Varicellen	19	
Wasserblattern	2	
Röteln	4	
Milchschorf	3	
Mumps	12	
Rachitis	5	
Otitis media	19	
Mastoiditis	1	
Kieferhöhlenempyem	1	
Sinusitis	1	
Ozaena	1	
Tonsillen vergrößert	10	} 61
Angina	5	
Öfter Angina	26	
Tonsillektomie	20	
Grippe	6	
Bronchitis	3	
Pneumonie	28	
" + Rippenfellentz.	3	
Rippenfellentzündung	2	

Scrofulose	2
Halsdrüsentbc.	2
Hilusdrüsentbc.	2
Lungentbc.	7
Asthma bronchiale	2
Schilddrüsenerkrankung	1
Hyperthyreose	1
Leichte Struma	4
Struma nodosa	1
Struma, apfelgroß	4
Leichter Exophthalmus	1
Strumektomie	1
Myocardschaden	3
Mitralvitium, dekompensiert	1
Mitralvitium	1
Bradycardie	1
Tachycardie	1
Herzinsuffizienz, rechts	1
Unterschenkelödem	1
Herzbeschwerden	1
Claudicatio intermittens	3
Aortalgie durch Sklerose	1
Thrombophlebitis	1
Ulcus cruris	2
Gastritis	3
Magenübersäuerung	4
Anacider Magen	1
Magenulcus	4
Magen-Op.	2
Gastroenteritis	3
Ulcus duodeni	1
Ruhr	3
Typhus	5
Darmlähmung	1
Mastdarm-Op.	1

Rectumfistel	1
Appendektomie	32
Diabetes	1
Altersdiabetes	1
Hepatitis	2
Leber groß und derb	2
Gallenblasenentzündung	4
Gallenblasen-Op.	1
Gallenblasen-Ca.	1
Ikterus	9
Nephritis	4
" + Lithiasis	3
Nierenbeckenentzündung	6
Nierenabszeß	1
Ovarialtumor	1
Ischias	4
Rheuma	5
Gelenkrheuma	1
Gelenkbeschwerden	3
Arthrosis deformans LWS	1
Coxitis	1
Leistenbruch	4
Nabelbruch-Op.	1
Malaria	1
Wolhynisches Fieber	1
Benzinvergiftung (getrunken)	1
Kampfgasvergiftung	1
Gehirnerschütterung	1
Schädelbruch	1
Krämpfe	1
Netzhautablösung	1

Haut- und Geschlechtskrankheiten:

Lues	1
Lues + Gonorrhoe	1
Gonorrhoe	3
Impetigo	1
Abszess	1
Schweisssdrüsenabszess	2
Inguinal-Abszess	4
Furunkel	1
Furunkulose	5
Phlegmone	1
Erysipel	1
Akute allergische Kontaktdermatitis	1
Arzneimittlexanthem (Pyramidon)	1
Überempfindlichkeit gegen Kalk und Zement	1
Ausschlag am Kopf	1
Ekzem	3
Trockene Flechte	1
Urticaria	4
Skabies	1
Zoster	1
Balanitis	1
Phimose	1
Erfrierungen	1

Im Grossen und Ganzen ist die Eigenanamnese unserer Patienten als unauffällig zu bezeichnen.

19 der Patienten waren leberkrank = 5,9 %

14 der Patienten waren nierenkrank = 4,36 %

13 der Patienten hatten eine Schilddrüsenerkrankung = 4 %

b) Angina.

61 Patienten (s. 8,a) gaben an, dass Angina, Tonsillektomie oder vergrösserte und zerklüftete Tonsillen keinen Einfluss auf die Psoriasis ausgeübt hätten, bzw., dass die Psoriasis erst später ausgebrochen sei.

Davon:	Angina	31 Pat.
	Tonsillektomie	20 Pat.
	Vergrösserte Tonsillen	10 Pat.

15 Patienten gaben eine Beziehung zwischen Angina und Psoriasis an.

Davon:

Erstausbruch gleichzeitig oder im	
Anschluss an Angina:	3 Pat.
Ps.-Schübe im Anschluss an Angina:	5 Pat.
Angina intercurrent während eines	
Krankenhausaufenthaltes aufgetreten:	7 Pat.

(s. auch Kap. 21).

c) Menarche - Menses - Menopause.

Menarche

Von den insgesamt 320 Patienten waren 153 Frauen. Bei 24 dieser Patientinnen ist in den Krankengeschichten ein Einfluss der Menarche auf die Psoriasis angegeben, und zwar:

Erstausbruch zur Zeit der Menarche:	21 Pat. = 13,72 %
Psoriasis-Schub zur Zeit der Menarche:	2 Pat. = 1,30 %
Erscheinungsfrei zur Zeit der Menarche:	1 Pat. = 0,65 %

Bei WEBER fiel bei 18 von 77 Patientinnen = 23,37 % der Erstausbruch mit der Menarche zusammen, also bei einem höheren Prozentsatz als bei unseren Patientinnen.

Menses

Bei 5 unserer Patientinnen sollen die Menses einen Einfluss auf die Psoriasis haben:

Erstausbruch während der Menses:	1 Pat. = 0,65 %
Psoriasis-Schub während der Menses:	1 Pat. = 0,65 %
Verschlimmerung während der Menses:	3 Pat. = 1,95 %

Menopause

7 Patientinnen gaben einen Einfluß der Menopause auf die Psoriasis an. Davon:

Erstausbruch zur Zeit der Menopause: 5 Pat. = 3,25 %
Psoriasis-Schub zur Zeit der Menopause: 2 Pat. = 1,30 %

Bei WEBER lesen wir, daß von den 77 Patientinnen bei 12 = 15,58 % der Erstausbruch in die Zeit des Klimakteriums fiel und daß bei 9 Patientinnen = 11,67 % eine Verschlechterung der Psoriasis eintrat, also wiederum eine größere Anzahl als bei uns.

d) Gravidität

Allgemein heißt es, daß die Schwangerschaft eine Besserung der Psoriasis herbeiführe, wobei allerdings post partum häufig wieder eine Verschlechterung eintrete. NARDELLI berichtet, daß bei 175 Schwangerschaften bei 58 an Psoriasis leidenden Frauen in 40 - 50 % der Fälle die Psoriasis während der Schwangerschaft abheilte, und zwar nimmt er an, daß infolge der physiologischen hormonalen Tätigkeit der Placenta hormonale Stoffwechselstörungen zeitlich beseitigt werden. In 15 - 17 % der Fälle bestanden die diffusen Hauterscheinungen weiter, bzw. kam es zu Verschlechterungen und Recidiven, bei 1/3 der Fälle blieb die P. discreta unverändert. NARDELLI gibt an, daß immer andere pathologische Zustände wie Magen-Darmbeschwerden, Leber-Gallenleiden oder seelische Erregungen an dem Weiterbestehen der Psoriasis, bzw. an deren Verschlechterung schuld seien.

CHURCH fand bei 43 schwangeren Patientinnen, daß in 14 % die Schwangerschaft keine Wirkung auf die Psoriasis hatte, in 33 % zur Besserung, in 21 % zur Verschlimmerung führte. In 44 % der Fälle trat die Verschlimmerung post partum ein. GRÜNEBERG (1952) gibt an, daß von 433 Schwangerschaften: 181 in eine erscheinungsfreie Zeit fielen, 124 keinen Einfluß auf die Psoriasis hatten,

118 Abheilung, bzw. Besserung der Psoriasis bewirkten und 10 Ausbruch, bzw. Verschlechterung der Psoriasis herbeiführten. GRÜNEBERG glaubt, dass die Geschlechtshormone, die während der Gravidität von der Placenta in grossen Mengen produziert werden, deshalb psoriasiswirksam sind, weil sie das Rindenorgan aktivieren.

WEBER hat in seiner Untersuchung festgestellt, dass von 46 schwangeren Patientinnen die Psoriasis bei 25 Patientinnen (bei insgesamt 52 Schwangerschaften) abheilte, bzw. sich deutlich besserte, bei 26 Patientinnen kam es kurz nach der Geburt, während des Wochenbettes, während der Laktationszeit, bzw. anschliessend an das Abstillen zu Recidiven oder Verschlechterung der Hauterscheinungen. Während der Schwangerschaft selbst trat jedoch nie eine Verschlechterung ein.

Diese Erfahrung können wir auf Grund unserer Untersuchung nicht ganz bestätigen. Von den insgesamt 52 Frauen, die schwanger waren, ist bei 20 in den Krankengeschichten ein Einfluss der Gravidität auf die Psoriasis angegeben.

Nur bei 8 Patientinnen trat während der insges. 15 Schwangerschaften eine Besserung, bzw. Erscheinungsfreiheit ein, wobei es bei einer dieser Patientinnen post partum zu einem neuen Schub kam. Ferner war 1 Pat. lediglich im Wochenbett erscheinungsfrei. Dagegen gaben 7 Pat. Erstaussbruch bzw. Verschlimmerung des Hautleidens während der Gravidität und 4 Pat. post partum an. Einzelheiten gehen aus der folgenden Übersicht hervor:

Erscheinungsfrei während der Gravidität: 5 Patientinnen:

während der einen Gravidität:	3 Pat.
während der 2 Graviditäten:	1 Pat.
während aller 4 Graviditäten:	1 Pat.

Besserung der Ps. während der Gravidität: 2 Patientinnen:

während der einen Gravidität:	1 Pat.
während aller 4 Graviditäten:	1 Pat.

Ps. während der Gravidität fast abgeheilt, post partum wieder verstärkt aufgetreten:	1 Patientin
--	-------------

Erscheinungsfrei nur im Wochenbett:	1 Patientin
Erstausbruch und Ps.-Schübe während der Gravidität:	7 Patientinnen:
Erstausbruch während der Gravidität:	2 Pat.
Erstausbruch + 2. Ps.-Schub während der Gravidität:	1 Pat.
Ps.-Schübe während der Gravidität:	4 Pat.
Ps.-Schub post partum:	3 Patientinnen:
Erstausbruch post partum:	2 Pat.
Ps.-Schub post partum:	1 Pat.
Verschlimmerung der Ps. post partum:	1 Patientin

Jahres-
9) Zeitliches Auftreten der Psoriasis.

Vergleicht man die Angaben mehrerer Autoren über das zeitliche Auftreten der Psoriasis-Schübe, so erhält man kein einheitliches Bild.

GANS gibt an, daß die Psoriasis aufgetreten sei:

im Frühling bei 372 Patienten

im Sommer bei 280 Patienten

im Herbst bei 254 Patienten

im Winter bei 277 Patienten

Außer dem Frühjahrsgipfel zeigt sich bei ihm kein auffallender Unterschied zwischen den einzelnen Jahreszeiten. STAUFFER fand, daß Erstausbrüche und weitere Schübe aufgetreten sind:

im Frühling bei 200 Patienten

im Sommer bei 134 Patienten

im Herbst bei 186 Patienten

im Winter bei 203 Patienten

Im Sommer also etwas weniger als in den anderen Jahreszeiten, bei denen die Patientenzahl fast gleich ist.

Auch bei STEJNKE tritt die Psoriasis im Sommer etwas weniger auf als in den anderen drei Jahreszeiten:

im Frühjahr bei 412 Patienten
im Sommer bei 320 Patienten
im Herbst bei 421 Patienten
im Winter bei 382 Patienten

Unsere Untersuchung ergab Folgendes:

Die Psoriasis-Schübe der Patienten mit Ps. vulgaris, exanthematoides, inversa und mit Erythrodermie traten auf:

im Frühjahr 81 x
im Sommer 62 x
im Herbst 107 x
im Winter 79 x

Tab. 6 sind Einzelheiten zu entnehmen.

Es zeigt sich, daß unsere Ergebnisse etwa denen von STEINKE entsprechen. Das mag daher kommen, daß wir die gleiche Einteilung der Monate vorgenommen haben wie er. Die abweichenden Ergebnisse der anderen Autoren lassen sich wahrscheinlich dadurch erklären, daß jeder unter den einzelnen Jahreszeiten etwas anderes versteht.

Eine Reihe von Patienten gab an, daß zu bestimmten Jahreszeiten eine Besserung oder Verschlechterung ihrer Psoriasis aufgetreten sei.

	Besserung	Verschlechterung
Frühjahr	5 x	19 x
Sommer	16 x	5 x
Herbst	1 x	20 x
Winter	5 x	7 x

Folglich: Besserung vorwiegend im Sommer und Verschlechterung im Frühjahr und Herbst.

Ähnliche Angaben finden wir auch wieder bei STEINKE, allerdings tritt bei ihm im Winter noch häufiger eine Verschlechterung ein als im Herbst.

	Besserung	Verschlechterung
Frühjahr	0 x	79 x
Sommer	85 x	35 x
Herbst	7 x	50 x
Winter	14 x	61 x

Tab. 6: Zeitliches Auftreten der Psoriasis-Schübe:

Ps.vulg., exanth., inversa, m.Ery.			Ps.arthropathica	
			Haut	Gelenke
März	22	} 56		1
April	17		1	
Mai	17		2	
Juni	20	} 52	1	2
Juli	19			
August	13			
September	16	} 72		1
Oktober	33			
November	22			
Dezember	25	} 73		
Januar	27			
Februar	21			
Nur allgemein angegeben:				
Frühjahr	25		1	1
Sommer	10			1
Herbst	35			
Winter	6			
Nicht angegeben:				
158			3	3
<u>Insgesamt:</u>				
Frühjahr: 56 + 25 + 81			4	2
Sommer : 52 + 10 + 62			1	3
Herbst : 72 + 35 + 107				1
Winter : 73 + 6 + 79				

Bei unseren Patienten traten die Schübe also im Herbst etwas öfter auf als in den anderen Jahreszeiten und im Sommer etwas weniger.

1o) Erstmaliges Auftreten der Psoriasis (Alter bei Ausbruch)

Die Untersuchung ergab, daß die Psoriasis in jedem Alter auftreten kann, am häufigsten aber im jugendlichen Alter zwischen 10 und 25 Jahren. (Tab. 7 und Kurve 3)

Zwischen Männern und Frauen zeigt sich ein dem Verlauf der Pubertät entsprechender Unterschied: Der Morbiditätsgipfel liegt bei den Frauen zwischen 11 und 17, bei den Männern zwischen 14 und 25 Jahren. (Kurve 1 und 2) Darin stimmen unsere Ergebnisse mit denen der meisten anderen Autoren überein.

Bei STAUFFER liegt der Höhepunkt zwischen 16 und 30 Jahren, bei den Frauen ebenfalls etwas früher als bei den Männern.

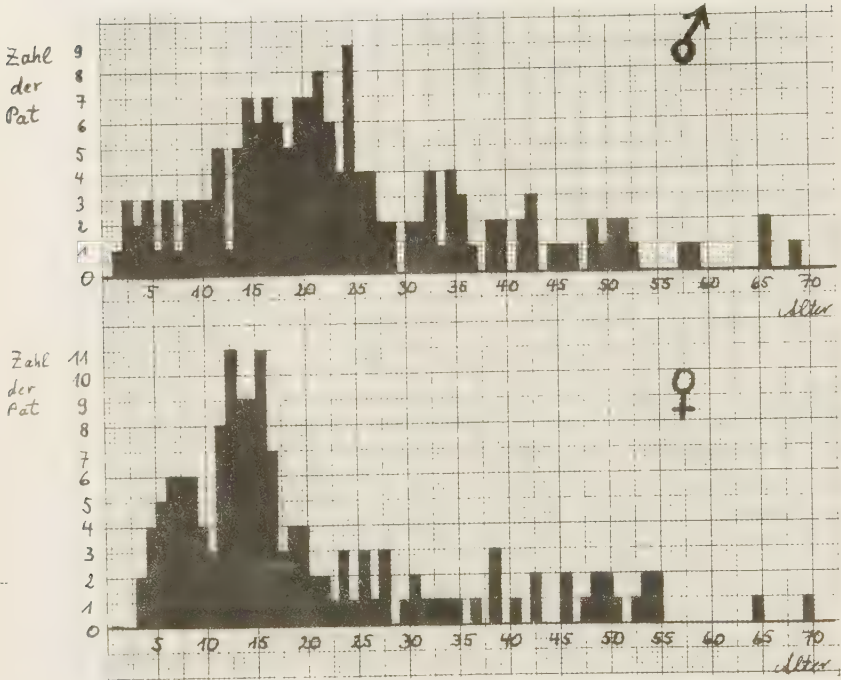
STEINKE gibt als Maximum die Jahre zwischen 10 und 25 an, bei den Frauen 10 - 20, bei den Männern 16 - 25.

Der Morbiditätsgipfel der Frauen liegt also, abgesehen von CHURCH, der keinen Unterschied beobachten konnte, durchschnittlich 5 Jahre vor dem der Männer.

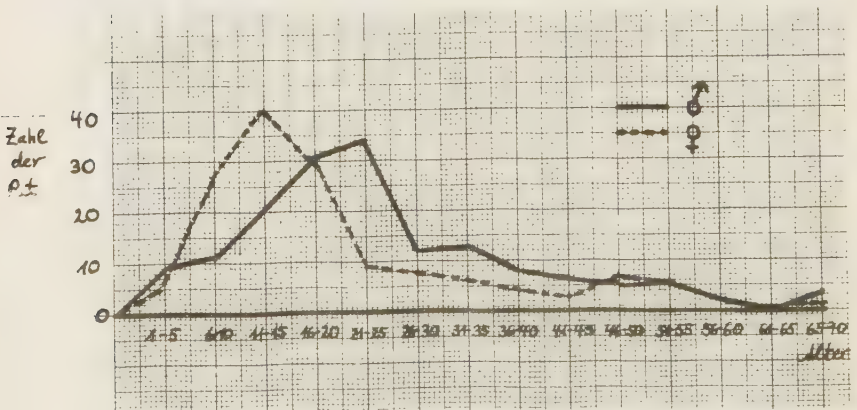
Tab. 7: Alter bei Ausbruch der Psoriasis.

	♂	♀	Insges.
1 - 5 Jahre	9	6	15
6 - 10 "	11	27	38
11 - 15 "	21	40	61
16 - 20 "	31	29	60
21 - 25 "	34	9	43
26 - 30 "	12	8	20
31 - 35 "	13	6	19
36 - 40 "	8	4	12
41 - 45 "	6	3	9
46 - 50 "	5	7	12
51 - 55 "	5	6	11
56 - 60 "	2	2	4
61 - 65 "	-	1	1
66 - 70 "	3	1	4
nicht angegeben	7	4	11

Kurve 1: Alter bei Ausbruch. a) Männer, b) Frauen.



Kurve 2: Alter bei Ausbruch in 5 Jahressummen.



Kurve 3: Alter bei Ausbruch in 5 Jahressummen.



11) Anzahl der Psoriasis-Schübe bis jetzt.

Von den insgesamt 320 Patienten haben nur 167 Patienten genaue Angaben über die Anzahl ihrer Psoriasis-Schübe gemacht. Wir haben unterteilt in durchgemachte Schübe während der Jahre 1950 bis 1954 und Gesamtzahl der Schübe seit dem Erstausbruch der Erkrankung. (Tab. 8)

Tab. 8: Anzahl der Psoriasis-Schübe der Patienten.

	zwischen 1950 und 1954	insgesamt seit Erstausbruch
1 Schub	86 Pat.	49 Pat
2 Schübe	44 "	47 "
3 "	27 "	33 "
4 "	8 "	15 "
5 "	2 "	7 "
6 "		6 "
7 "		3 "
8 "		4 "
9 "		3 "
Insgesamt	167 "	167 "
Ungenaue Angaben:	153 "	

Es zeigt sich, daß die meisten Patienten sowohl in den in dieser Arbeit erfaßten 5 Jahren als auch seit Beginn ihrer Erkrankung nicht mehr als drei Schübe hatten.

12) Vorkommende Psoriasis-Formen im Laufe der Erkrankung.

235 der insgesamt 320 Patienten hatten im Laufe ihrer Krankheit immer Ps. vulgaris. Bei einem wesentlich kleineren Teil der Patienten, nämlich bei 48, trat nach einem oder mehreren Ps. vulgaris-Schüben ein Ps. exanthematoides-Schub auf. Bei einem Patienten folgte auch einmal ein Ps. vulgaris-Schub auf drei vorangegangene Ps. exanthematoides-Schübe. Bei einem Patienten wurde der Ps. vulgaris-Schub durch eine Erythrodermie kompliziert. Bei 2 Patienten trat die Psoriasis stets unter dem Bild einer Ps. inversa auf und 5 Patienten bekamen nach vorausgegangenen Ps. vulgaris-Schüben eine Ps. inversa. Bei einem Patienten ist die Psoriasis-Form des 1. Schubs unbekannt, dann folgte ein Ps. inversa-Schub. 6 der 8 Patienten mit Ps. arthropathica hatten vom 1. Schub an Gelenkbeschwerden, ein Patient erst beim 3. Schub und bei einem Patienten traten während des 2. und 3. Ps. vulgaris-Schubs Erythrodermie und Gelenkbeschwerden als Komplikationen auf. Nach heutiger Auffassung kann man in all diesen Fällen nicht mit Sicherheit von einer Ps. arthropathica sprechen, da in den Jahren 1950 - 1954 noch keine serologischen Untersuchungen durchgeführt wurden. Tab. 9 gibt eine Übersicht über den Verlauf der Erkrankung bei den Patienten im Einzelnen.

Tab. 9: Vorkommende Psoriasis-Formen im Laufe der Erkrankung.

Immer Ps. vulgaris:	235 Pat.
Erst Ps. vulgaris, dann Ps. exanthematoides:	48 "
Immer Ps. exanthematoides:	19 "
Erst Ps. exanthematoides, dann Ps. vulgaris:	1 "
Erst Ps. vulgaris, dann Erythrodermie:	1 "
Immer Ps. inversa:	2 "
Erst Ps. vulgaris, dann Ps. inversa:	5 "
1. Schub unbekannt, dann Ps. inversa:	1 "
Immer Ps. arthropathica:	6 "
Erst Ps. vulgaris, dann Ps. arthropathica:	1 "
Erst Ps. vulgaris, dann Ps. arthropathica + Erythrodermie:	1 "

Aus Tab. 9 geht hervor, daß 235 Patienten, das sind mehr als 2/3 der Gesamtzahl der Patienten, immer eine Ps. vulgaris hatten.

13) Sitz der Effloreszenzen.

Bei der Auswertung der Krankenblätter in Bezug auf die Lokalisation der Effloreszenzen haben wir für die verschiedenen Körperstellen Nummern eingesetzt, die der Rubrik: "Sitz der Erkrankung" des Formblattes zu entnehmen sind.

Wir haben unterteilt in:

- a) Lokalisation der Effloreszenzen zu Beginn der Erkrankung,
- b) Während der gesamten Krankheitsdauer,
- c) Befallensein der Prädispositionsstellen und
- d) Asymmetrisches Auftreten der Psoriasis.

a) Lokalisation der Effloreszenzen zu Beginn der Erkrankung.

Von den 320 Patienten fanden sich bei 37 keine Angaben über die Lokalisation beim Erstausbruch. Bei den restlichen 283 Patienten war auch nicht immer genau die Körperstelle angegeben, die tatsächlich zuerst befallen war, sondern oft nur allgemein die Stellen, die während des gesamten 1. Schubs betroffen waren.

Aus Tab. 10 gehen Einzelheiten hervor.

Tab. 10: Sitz der Effloreszenzen zu Beginn der Erkrankung.

	♂	♀	Insges.
(1)	41	33	74 Pat.
(2)	9	10	19 "
a	11	7	18 "
(3)	4	1	5 "
(4)	4	-	4 "
(5)	6	14	20 "
a	1	3	4 "
b	3	5	8 "
c	-	4	4 "
d	3	4	7 "
e	3	5	8 "
f	2	6	8 "
g	3	-	3 "
h	2	6	8 "
i	1	2	3 "
k	-	-	- "
Brust	7	2	9 "
Bauch	3	6	9 "
Rücken	4	4	8 "
Ganzer Körper	5	6	11 "

	♂	♀	Insges.
(6)	10	10	20 Pat.
a	5	7	12 "
<u>b</u>	57	51	108 "
c	10	8	18 "
d	9	2	11 "
e	6	8	14 "
<u>f</u>	29	29	58 "
g	15	13	28 "
h	-	-	-
i	1	2	3 "
k	1	2	3 "
l	1	1	2 "
m	3	3	6 "
n	2	1	3 "
o	-	2	2 "
p	-	2	2 "
q	4	6	10 "
r	-	1	1 "
Inter- digital	1	-	1 "
Arme	2	7	9 "
Beine	7	6	13 "
Hände	2	-	2 "
Finger	1	1	2 "
Füße	1	1	2 "
(7) a	2	7	9 "
b	1	2	3 "
(8) a	-	1	1 "
b	1	-	1 "
c	-	-	-
d	-	-	-
e	-	1	1 "
f	2	-	2 "
g	-	1	1 "
h	-	-	- "
i	1	-	1 "

	♂	♀	Insges.
(9)	2	1	3 Pat.
a	2	6	8 "
b	-	5	5 "
c	-	-	-
d	1	-	1 "
e	1	-	1 "
f	3	-	3 "
g	3	-	3 "
h	-	1	1 "
i	-	1	1 "
(10)	-	-	-
Nicht angegeben: bei 37 Patienten.			

Am häufigsten waren zu Beginn der Erkrankung die Ellbögen (108 Pat.), der behaarte Kopf (74 Pat.) und die Knie (58 Pat.) befallen. Alle anderen Körperstellen, auch das Kreuzbein, folgen erst mit weitem Abstand. Der Vergleich der Geschlechter läßt im Großen und Ganzen keinen auffallenden Unterschied erkennen.

b) Jemals befallene Körperstellen während der gesamten Krankheitsdauer der Patienten.

Um eine bessere Übersicht zu haben, sind hier nur die Hauptkörperregionen angegeben. (Tab. 11, S. 37)

Aus Tab. 11 geht hervor, daß während der gesamten Krankheitsdauer der 320 Patienten die Extremitäten (294 Pat.), der Stamm (288 Pat.) und der behaarte Kopf (258 Pat.) am häufigsten befallen waren. Interessant ist, daß bei den 320 Patienten nicht ein einziges Mal die Schleimhaut, bzw. Mundschleimhaut befallen war. Der Vergleich der Geschlechter ergibt nur beim Befallensein des Genitale einen auffallenden Unterschied: Von den 320 Patienten war das Genitale bei 87 Männern und nur bei 37 Frauen befallen.

Tab. 11: Jemals befallene Körperstellen während der gesamten Krankheitsdauer der Patienten.

	♂	♀	Insges.
(1) beh. Kopf	125	133	258 Pat.
(2) Gesicht	74	92	166 "
(2a) Stirn-Haargr.	44	49	93 "
(3) Hals	37	28	65 "
(4) Nacken	24	25	49 "
(5) Stamm	148	140	288 "
(6) Extremitäten	141	153	294 "
(7) Nägel	75	62	137 "
(8) Gelenke	4	4	8 "
(9) Genitale	37	37	124 "
(10) Schleimhaut	-	-	-

In Tab. 12 sind die befallenen Gelenke der 8 Patienten mit Ps. arthropathica während der gesamten Krankheitsdauer angegeben.

Tab. 12: Jemals befallene Gelenke während der gesamten Krankheitsdauer der Patienten mit Ps. arthropathica.

	♂	♀	Insges.
8 a Finger	4	4	8 Pat.
b Hand	3	3	6 "
c Ellenbogen	1	1	2 "
d Schulter	1	1	2 "
e Zehen	3	3	6 "
f Fuß	3	1	4 "
g Knie	1	3	4 "
h Hüfte	-	-	-
i Wirbel	4	1	5 "

Es ist festzustellen, daß Finger-, Zehen- und Handgelenke am häufigsten befallen waren.

c) Befallensein der Prädilektionsstellen: behaarter Kopf, Ellbögen, Knie und Kreuzbein.

In diesem Kapitel ist das Befallensein der Prädilektionsstellen: behaarter Kopf, Ellbögen, Knie und Kreuzbein nochmals gesondert behandelt, und zwar nach den Gesichtspunkten: Befallensein während des 1. Schubs und Befallensein jemals während der gesamten Krankheitsdauer. Vorausgeschickt sei, daß die Angaben von 59 Patienten zu ungenau waren, um ausgewertet werden zu können.

1) Befallensein der Prädilektionsstellen während des 1. Schubs.

Von den 261 Patienten mit genaueren Angaben waren bei 149 Pat. die Ellbögen, bei 101 Pat. die Knie, bei 88 Pat. der behaarte Kopf und bei 17 Pat. das Kreuzbein während des 1. Schubs befallen (Tab. 13).

Tab. 13: Befallensein der Prädilektionsstellen während des 1. Schubs.

	♂	♀	Insges.
Behaarter Kopf	49	39	88 Pat.
Ellbögen	78	71	149 "
Knie	50	51	101 "
Kreuzbein	8	9	17

Tab. 13 ergibt, daß während des 1. Schubs die Ellbögen am häufigsten befallen waren. Dann folgen erst die Knie, der behaarte Kopf und mit großem Abstand das Kreuzbein. Es muß aber gesagt werden, daß hier nur die Fälle berücksichtigt wurden, in denen das Kreuzbein genau bezeichnet war. War nur Rücken angegeben, so wurde das nicht gewertet. Daher ist die wirkliche Zahl der Patienten mit Befallensein des Kreuzbeins wahrscheinlich

größer. Männer und Frauen sind im wesentlichen gleich oft betroffen.

2) Befallensein der Prädilektionsstellen während der gesamten Krankheitsdauer.

Von den 261 Patienten war bei 258 der behaarte Kopf, bei 219 die Ellbögen, bei 187 die Knie und bei 80 das Kreuzbein während der gesamten Krankheitsdauer jemals befallen. (Tab. 14)

Tab. 14 Befallensein der Prädilektionsstellen jemals während der gesamten Krankheitsdauer.

	♂	♀	Insges.
Behaarter Kopf	125	133	258 Pat.
Ellbögen	115	104	219 "
Knie	98	89	187 "
Kreuzbein	46	34	80 "

Aus Tab. 14 geht hervor, daß im Gegensatz zum Befallensein während des 1. Schubs während der gesamten Krankheitsdauer der behaarte Kopf am häufigsten befallen war, dann erst folgen Ellbögen, Knie und Kreuzbein. Auch hier bestand kein wesentlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen.

d) Asymmetrisches Auftreten der Psoriasis.

Es heißt, daß die Psoriasis-Effloreszenzen im allgemeinen symmetrisch auftreten. Wir konnten aber feststellen, daß bei einer Reihe von Patienten die Erscheinungen zunächst einseitig auftraten oder auch bei bestehendem Schub nur einseitig vorhanden waren. (Tab. 15a und 15b)

Tab. 15a: Asymmetrisches Auftreten der Psoriasis zu Beginn der Erkrankung.

Behaarter Kopf:	rechts	1x
Gesicht:	rechts	2x
	links	1x
Extremitäten:	rechts	8x
	links	11x
	davon Ellbögen:	rechts 2x
		links 1x
	Knie:	rechts 1x
		links 2x
Fingergelenk:	rechts	1x
Kniegelenk:	links	1x

Tab. 15b: Asymmetrisches Auftreten der Psoriasis bei bestehendem Schub.

Behaarter Kopf:	rechts	1x
	links	2x
Gesicht:	rechts	4x
	links	3x
Hals:	rechts	2x
Stamm:	rechts	7x
	links	9x
Extremitäten:	rechts	29x
	links	21x
	davon Ellbögen:	rechts 10x
		links 3x
	Knie:	rechts 3x
		links 2x

Aus den Tab. 15a und 15b geht hervor, dass bei einigen unserer Patienten zu Beginn der Erkrankung oder auch bei bestehendem Schub nur eine Körperseite befallen war, vor allem bei den Extremitäten. Auf die Gesamtzahl unse-

rer 320 Patienten bezogen ist die Zahl der Patienten mit asymmetrischem Auftreten der Psoriasis jedoch verhältnismäßig klein. Es muß erwähnt werden, daß die Angaben - vor allem in den älteren Krankenblättern - oft auch unzureichend waren.

14) Form der Effloreszenzen.

Die Form der Effloreszenzen ist bei vielen Patienten nicht bei allen Schüben angegeben, vor allem nicht bei den ersten Schüben.

Bei 100 der 320 Patienten ist die Form von Anfang an bei jedem Schub angegeben.

Bei 215 Patienten ist die Form zu Beginn der Erkrankung nicht angegeben.

Bei 5 Patienten ist die Form bei keinem der Schübe angegeben.

Ähnlich wie bei der Untersuchung über den Sitz der Erkrankung sind auch hier für die einzelnen Formen Nummern angegeben, entsprechend dem Abschnitt "Form der Erkrankung" des Formblattes. Wir haben ebenfalls unterteilt in Formen zu Beginn der Erkrankung und Formen, die jemals während der gesamten Krankheitsdauer der Patienten aufgetreten sind.

Tab. 16 zeigt die Häufigkeit des Vorkommens der einzelnen Formen.

Tab. 16: Form der Effloreszenzen.

a) Zu Beginn der Erkrankung:		b) Vom 1. bis zum letzten Schub:
1	75 Pat.	263 Pat.
2	49 "	242 "
3	-	36 "
4	22 "	181 "
a	1 "	8 "
b	1 "	28 "
5	-	-
6	-	-
7	32 "	97 "
8	-	1 "
9	-	4 "
10	-	-
11	1	4 "
12	-	7 "
13	2	13 "
14	3	8 "
15	-	4 "
16	-	1
a	13 "	114 "
b	7 "	43 "
c	-	2 "
d	3 "	12 "
e	1 "	16 "
17	4 "	39 "
18	-	2 "
Haut rissig und spröde: 1 "		1 "
Nässende Krusten: 1 "		1 "
Kleinere Herde: 4 "		5 "
Unbekannt 220 "		5 "

Zu Beginn der Erkrankung hatten von den 100 Patienten mit genauen Angaben 75 Pat. eine punktförmige, 49 Pat.

eine münzenförmige Psoriasis, 32 Pat. eine exanthematoide Form der Psoriasis und 24 Pat. eine Ps. en plaques, ferner hatten 13 Patienten sogenannte Tüpfelnägel. Alle anderen Formen kamen sehr selten oder gar nicht vor. Während der gesamten Krankheitsdauer hatten von den 315 Pat., deren Krankenblätter genaue Angaben enthielten, 263 Pat. eine punktförmige, 242 Pat. eine münzenförmige Psoriasis, 217 Pat. eine Ps. en plaques, 114 Pat. Tüpfelnägel und 97 Pat. eine exanthematoide Form der Psoriasis. 7 Pat. hatten stellenweise Pusteln, es wurde aber in keinem der Fälle die Diagnose: Ps. pustulosa gestellt. Es ergibt sich, daß die punktförmige, die münzenförmige Psoriasis, die Psoriasis en plaques und Nagelveränderungen mit Abstand am häufigsten vorkommen. Eine Unterscheidung zwischen P.punctata und Ps. exanthematoide war nicht möglich, da wir uns bei der Auswertung der Krankenblätter nach der dort angegebenen Diagnose richten mußten.

Es ist festzustellen, daß die Größe der Effloreszenzen sich im Laufe der Erkrankung häufig ändert. Meist sind die Effloreszenzen zunächst kleinfleckig und werden bei weiteren Schüben größer. Oder aber sie bleiben immer kleinfleckig oder sie sind von Anfang an großfleckig und bleiben es auch. Sehr viel seltener kommt es vor, daß die Effloreszenzen zu Beginn der Erkrankung großfleckig sind und bei weiteren Schüben kleinfleckig werden (Tab. 17):

In Tabelle 17 (S.44) wurden von den 320 Patienten nur die 58 Patienten berücksichtigt, die mehrere Schübe hatten und bei denen die Form auch bei sämtlichen Schüben angegeben war. Die Zahl der Patienten ist jedoch zu klein, um irgendwelche Gesetzmäßigkeiten ableiten zu können. Eines scheint aber daraus hervorzugehen, daß in der überwiegenden Zahl der Fälle die Effloreszenzen zunächst kleinfleckig sind und erst später sich vergrößern.

Tab. 17: Änderung der Größe der Effloreszenzen im Laufe der Erkrankung.

a) Effloreszenzen zu Beginn kleinfleckig, später Vergrößerung:	39 Pat.
b) Effloreszenzen bei allen Schüben gleichbleibend kleinfleckig:	9 "
c) Effloreszenzen bei allen Schüben gleichbleibend großfleckig:	6 "
d) Effloreszenzen zu Beginn großfleckig, später Verkleinerung:	4 "

15) Anordnung der Effloreszenzen.

Bei der Anordnung der Effloreszenzen unterscheiden wir drei Arten: 1. solitär, 2. gruppiert und 3. disseminiert. Leider sind die Angaben hierüber in den Krankenblättern oft unzureichend. Nur bei 88 von 320 Patienten ist die Anordnung von Anfang an angegeben. Bei 162 Patienten ist sie zu Beginn der Erkrankung nicht angegeben. Bei 70 Patienten ist sie überhaupt nicht angegeben.

Die Effloreszenzen waren entweder bei den einzelnen Patienten nur solitär, gruppiert oder disseminiert, oder aber gleichzeitig an verschiedenen Körperstellen verschieden angeordnet.

In Tab. 18a ist die Anordnung der Effloreszenzen zu Beginn der Erkrankung bei den 88 Patienten angegeben, bei denen sie von Anfang an bekannt war.

Tab. 18a: Effloreszenzen zu Beginn der Erkrankung.

solitär:	39 Pat.
gruppiert:	5 "
disseminiert:	22 "
solit. + grupp.:	8 "
solit. + dissem.:	5 "
grupp. + dissem.:	4 "
solit. + grupp. + dissem.:	5 "

Tab. 18b zeigt die Anordnung der Effloreszenzen bei sämtlichen angegebenen Schüben.

Tab. 18b: Effloreszenzen bei sämtlichen angegebenen Schüben.

solitär:	67 Schüben
gruppiert:	17 "
disseminiert:	108 "
solit. + grupp.:	27 "
solit. + dissem.:	22 "
grupp. + dissem.:	29 "
solit. + grupp. + dissem.:	10 "

Auch hier ist die Patientenzahl zu klein und die Angaben sind oft zu ungenau für endgültige Schlußfolgerungen. Aber es zeigt sich, daß zu Beginn der Erkrankung die Effloreszenzen am häufigsten solitär oder disseminiert waren, bei sämtlichen angegebenen Schüben jedoch disseminiert und etwas seltener solitär.

16) Schuppung.

Bei den älteren Schüben ist die Schuppung oft gar nicht angegeben oder nur sehr ungenau, auch haben verschiedene

Körperstellen oft verschiedenartige Schuppung. Ferner ist zu berücksichtigen, daß ein großer Teil der Patienten vorbehandelt in die Klinik kam - von den 364 stationären Aufnahmen waren die Patienten 262 x vorbehandelt - sodaß präzise Angaben über die Schuppung kaum zu machen sind.

Die Aufzeichnungen aus den Krankenblättern führten zu folgendem Ergebnis (Tab. 19):

Tab. 19: Art der Schuppung.

	♂	♀	Insgesamt
stark	52	49	101 x
schwach	25	22	47 x
stark + schwach	19	23	42 x
silberweiß	85	82	167 x
asbestfarbig	8	15	23 x
silberweiß + asbestfarbig	8	4	12 x
kleinlamellös	30	30	60 x
mittellamellös	5	3	8 x
großlamellös	8	9	17 x
klein + mittellamellös	1	1	2 x
klein + großlamellös	5	9	14 x
mittel + großlamellös	-	1	1 x
klein + mittel + großlamellös	1	1	2 x
nur Schuppung angegeben:	17	12	29 x

Man sieht, daß starke, silberweiße und kleinlamellöse Schuppung am häufigsten vorkommen.

17) Juckreiz.

Im Allgemeinen besteht bei der Psoriasis nur selten Juckreiz. Von unseren 320 Patienten haben immerhin 81 Patienten Juckreiz angegeben (Tab. 20):

Tab. 20: Art des Juckreizes.

stark	78 Schüben
mäßig	23 "
stark nachts	3 "
stark am Kopf	1 "
nur Juckreiz angegeben	11 "

18) Kerzenfleck-Phänomen - Auspitz-Phänomen.

Das Kerzenfleck-Phänomen besagt, daß die Schuppung durch Kratzen deutlicher hervortritt.

Von insgesamt 320 Patienten war bei 54 Patienten in 56 Schüben dieses Phänomen positiv, das heißt jedoch nur, daß die Untersuchung bei 266 Patienten nicht durchgeführt wurde.

Das gleiche gilt für das Auspitz-Phänomen, welches bedeutet, daß, wenn man nach Entfernen der Schuppe weiter kratzt bis die Stachelzellenschicht der Epidermis freiliegt, feinste kleine Bluttröpfchen erscheinen. Diese punktförmige Blutung nach Abkratzen der Schuppen ist außerordentlich charakteristisch, nach GRÜNEBERG jedoch nicht spezifisch für die Psoriasis.

Dieses Phänomen ist bei unseren 320 Patienten bei 131 in 139 Schüben positiv gewesen.

19. Köbner.

Als "Köbner" bezeichnet man den isomorphen Reizeffekt, was besagt, daß der Psoriatiker Reize, die seine Haut treffen, im Sinne der ihm eigentümlichen Morphe beantwortet (GRÜNEBERG).

Bei 12 von unseren 320 Patienten ist angegeben, daß der Köbner positiv war, davon bei 6 Patienten ohne nähere Angaben. Bei den restlichen 6 Patienten ist der Vorgang folgendermaßen beschrieben:

1. Pat. trug Bruchband, einige Zeit später traten unter dem Bruchband an der Hüfte kleine Herde auf.
2. Pat. Auftreten der Ps.-Herde an Handinnenflächen und Ellbögen nach Abwaschen der ölig verschmutzten Hände mit Bleibenzin.
3. und 4. Pat. Auftreten der Ps.-Herde nach Appendektomie um die Op-Narbe.
5. Pat. Ps.Herde am re. Unterschenkel einige Wochen, nachdem Splitter im re. Fuß entfernt worden waren.
6. Pat. Ps. Ausbruch im Gesicht, nach AACD durch Tosca-Gesichtscreme. Nach Abschwellung traten über Nacht Ps. Effloreszenzen im Gesicht auf.

2o) Hautkrankheiten gleichzeitig mit Psoriasis.

Die folgenden Hautkrankheiten bestanden entweder nach Angaben der Patienten zur Zeit eines Psoriasis-Schubes oder, in dem größeren Teil der Fälle, zur Zeit der stationären Aufnahme, ohne daß ein Einfluß auf die Psoriasis angegeben wurde.

	♂	♀	Insgesamt
Akne vulgaris		2	2
Atherom des Kopfes	2	1	3
Talgretentionscyste am Scrotum	1		1
Lipom	3	2	5
Follikulitis	6	1	7
Furunkel	6	6	12
Furunkulose	8	3	11
Impetigo		2	2
Pyodermie	1	1	2
Erysipel		2	2
Schweißdrüsenabszeß	5	1	6
Blepharitis		2	2
Stomatitis aphthosa		1	1
atrophische Rhinitis		1	1

	♂	♀	Insgesamt
pyodermisiertes Ekzem	1		1
trockenes Gehörgangsekzem	1		1
Ekzem	3		3
Erythrasma	3		3
Intertriginöse Dermatitis	1	2	3
Dermatitis	3		3
Hg - Exanthem		1	1
AACD	3	1	4
Epidermocyste		1	1
Rosacea	2		2
Skabies		1	1
Herpes labialis	1	1	2
Zoster	1	1	2
Urticaria		1	1
Akrodermatitis atrophicans Herxheimer		1	1
Colpitis (Trichomonaden)		1	1
Urethritis (unspez.)	1		1
Interdigitalmykose	17	15	32
Ekzematös-mykotisch veränderte Hände		1	1
Fibrom	3	3	6
Basalium		2	2
Arsen - Keratose		1	1
Kondylomata accuminata		1	1
Vitiligo (Bein und Rücken)	2		2

Während GRÜNEBERG schreibt, daß Ekzeme nur selten mit Psoriasis gleichzeitig auftreten, da die ekzemativen Herde in Psoriasis-Herde umgewandelt werden, berichtet STAUFFER, daß von seinen 902 Patienten bei 82 gleichzeitig ein Ekzem zu beobachten war. Von unseren 320 Patienten war dies nur bei 5 Patienten festzustellen. Vermutlich war die Psoriasis in diesen Fällen nicht mehr aktiv. GRÜNEBERG weist ferner darauf hin, daß die Kombination Psoriasis + Skabies äußerst selten ist. Auch STEINKE konnte bei seinen 6706 Patienten keinen derartigen Fall beobachten. Bei unseren 320 Patienten wurde

einmal Skabies festgestellt. Gleichfalls gibt GRÜNEBERG an, daß Pyodermien selten neben Psoriasis zu finden sind. Ebenso wie STEINKE können auch wir dies bestätigen. Bei STEINKE hatten 14 von 6708 Patienten und bei uns 2 von 320 Patienten gleichzeitig eine Pyodermie. Am häufigsten kamen bei uns außer Interdigitalmykose Furunkel vor - in 23 Fällen. STEINKE stellte dies nur bei 57 seiner Patienten fest.

21) Erkrankungen während des Krankenhausaufenthaltes.

Während des Krankenhausaufenthaltes traten folgende Erkrankungen auf:

	mit Einfluß auf Psorias.	ohne Einfluß auf Psorias.	Insges.
Angina	2	5	7
Tonsillektomie	1		1
Temperaturanstieg		1	1
Erkältung		2	2
Grippe	1	3	4
Furunkel		4	4
Furunkulose		1	1
Follikulitis		2	2
Pyodermie		1	1
Schweißdrüsenabszeß		3	3
Panaritium subcutaneum		1	1
Otitis media	1		1
Otitis externa		1	1
Appendicitis		2	2
Cystitis		4	4
Cystopyelitis		1	1
Uretersteinkolik		1	1
Pneumonie		1	1
polyarthritischer Schub		1	1
Gelenkbeschwerden	1	1	2
Thrombophlebitis		1	1
Zoster		1	1

Wir haben unterteilt in Krankheiten mit und ohne Einfluß auf die Psoriasis. Dabei zeigt es sich, daß die meisten Krankheiten keinen Einfluß ausübten. Am häufigsten trat eine Angina auf, insgesamt 7 x, aber nur 2 x kam es zur Verschlechterung des Hautleidens. Außerdem führte eine Tonsillektomie zur Exacerbation der Psoriasis, ebenso bewirkten je 1 x Grippe, Otitis media und Gelenkbeschwerden eine Verschlimmerung. Alle anderen Erkrankungen hatten keinen Einfluß.

22) Laboratoriumsuntersuchungen.

Histologische Untersuchungen sind in den 5 Jahren, die in dieser Arbeit erfaßt sind, meist überhaupt nicht gemacht worden. Ebenso sind Serumuntersuchungen nüchtern und nach Fettbelastung zu selten durchgeführt, um hier verwertet werden zu können. Das gleiche gilt für die N-Werte und elektrophoretische Untersuchungen. Die BSG ergab im Allgemeinen normale Werte. Sie war bei 7 Patienten leicht erhöht, bei 1 sehr erhöht, ferner bei 3 Patienten mit Ps. arthropathica mit Werten bis zu 140/165. Bei der Auswertung des Blutbildes wurden nur die Patienten berücksichtigt, die außer der Psoriasis keine andere Krankheit hatten. Dabei ergab sich folgendes (Tab. 21):

Auffallend ist die verhältnismäßig häufige Erhöhung der Lymphocyten (bei 70 von 320 Pat.) Die eosinophilen Granulocyten waren nur bei 14 Patienten erhöht. Die Vermehrung der Leukocyten dagegen war recht unerheblich. Der Urinbefund war meist unauffällig.

Tab. 21: Blutbild der Psoriasis-Patienten.

<u>Lymphocyten</u> erhöht:	
30 - 35 %	18 Pat.
35 - 40 %	29 "
40 - 50 %	22 "
darüber:	1 "
 <u>Leucocyten</u> erhöht:	
8000 - 9000	5 Pat.
9000 - 10000	1 "
darüber:	2 "
"	2 "(Ps.arthr.)
 <u>Eosinophilen</u> erhöht:	
5 %	5 Pat.
6 %	4 "
8 %	1 "
9 %	3 "
10 %	1 "

23) Besonderheiten.

In diesem Kapitel sind die Fälle angeführt, in denen die Patienten irgendwelche Zusammenhänge angaben zwischen Psoriasis-Schüben und anderen Krankheiten, Veränderungen der Lebens- und Arbeitsbedingungen oder des Klimas.

Ps. vulgaris (Männer):

1. Ps.-Beginn nach Magenulcus-Operation.
2. Ps.-Beginn in russischer Kriegsgefangenschaft in Gummifabrik, im Kupferbergwerk Verschlimmerung.
3. Ps.-Beginn in franz. Kriegsgefangenschaft, schlechte Ernährung, 1 Jahr vorher Erfrierungen in Rußland.
4. Ps.-Beginn als Soldat.

5. Ps.-Beginn in Gefangenschaft, vorher Paratyphus.
6. Ps.-Beginn nach Gasvergiftung.
7. Pat. war 1 Jahr vor Ps.-Beginn Ankerwickler, arbeitete kurz vor Ps.-Ausbruch im Lackraum (Isangol-Tränkelack) bei starker Hitze.
8. Ps.-Eruptionen gleichzeitig mit Magenkrisen. (chronische Magenübersäuerung).
9. 7. Ps.-Schub nach Lymphangitis.

Ps. exanthematoides (Männer):

- 1 Pat.: Ps.-Schub nach Ikterus.

Ps. inversa (Männer):

- 1 Pat.: Ps.-Schub während Krankenhausaufenthalt wegen Herzbeschwerden.

Ps. vulgaris (Frauen):

1. Ps.-Beginn nach Auftregung, nach Aufregung Verschlimmerung.
2. Ps.-Beginn nach Aufregung, auf dem behaarten Kopf erstmals nach Dauerwellen.
3. Ps.-Beginn während Grippe.
4. Ps.-Beginn nach Diphtherie.
5. Ps.-Beginn nach Diphtherie-Seruminjektion.
6. Ps.-Beginn durch Urticaria nach Seruminjektion.
7. Ps.-Beginn nach Ikterus.
8. Ps.-Beginn nach der 2. Penicillininjektion (Infektion unter Fingernagel), Auftreten kleiner roter Flecken im Gesicht, gleich danach auch am Stamm.
9. Ps.-Beginn im Arbeitsdienst (Arbeit auf Dreschmaschine).
10. Ps.-Ausbreitung im Urlaub in 2000 m Höhe, viel Sonne.
11. Ps.-Schub intercurrent in Klinik während Myelom-Behandlung mit Urethan (tgl. 3 g, insges. 144 g) aufgetreten.
12. Ps.-Schub nach Schweißdrüsenabszeß.

Ps. exanthematoides (Frauen):

1. Ps.-Beginn nach Cholecystopathie + Fieber.
2. Ps.-Beginn nach Menarche. Da Cyclus unregelmäßig, Hormoninjektion. Kurz danach Ps.-Ausbreitung.
3. Ps.-Beginn während Klinikaufenthalt wegen Adnexitis + Urethritis.
4. Ps.-Schub im Anschluß an Grippe.
5. Ps.-Schub nach Ikterus.
6. Vor Ps.-Schub Arbeitsplatz in feuchten Neubau verlegt, darauf Urticaria + Rheuma. Nach Abklingen der Urticaria Generalisierung der Psoriasis.
7. 1 x völlige Abheilung der Psoriasis während dreiwöchigem Kuraufenthalt auf einer Nordsee-Insel.
8. Angefügt sei noch die Anamnese einer Patientin, deren Zwillingschwester (eineiig) keine Psoriasis hatte.
F.A. o.B.

E.A. Masern, Mumps. Mit 6 Jahren war der re. Arm ein halbes Jahr lang kraftlos, ohne Schmerzen. 1950 Furunkulose. Erstmaliges Auftreten: 1953, 23 j.

August 1953 traten an Brust, Oberschenkeln, Ellbogen pfenniggroße runde schuppige und juckende Flecken auf, die bis November bestanden. Abheilung auf Ca.-Spritzen, flüssigen Puder, Teertinktur.

Am 5.3.53 Brennen und Jucken im Gesicht und auf dem behaarten Kopf. Nach 2-3 Tagen traten schuppige Flecken im Gesicht und am Kopf auf, die sich in den nächsten Tagen auf Brust, Leib, Arme und Beine ausbreiteten. Starker Juckreiz. Die Zwillingschwester (eineiig), die hier untersucht wurde, hat keine Psoriasis!

24. Medikamente in den Jahren 1950-1954.

Auf eine Aufzählung der angewandten Medikamente wurde bewußt wegen der Vielzahl und Verschiedenartigkeit verzichtet. Fest steht nur, daß man noch kein bei allen Patienten sicher wirksames Heilmittel gefunden hat.

Allgemein kann gesagt werden, daß die Lokalbehandlung in den meisten Fällen schneller zum Ziel führte, Dabei erwiesen sich die Salicyl-, Cignolin-, Hg.Präcipitat- und Teerpräparate bzw. deren Kombination als am wirksamsten, Die meisten Patienten wurden gebessert, ein kleinerer Teil abgeheilt entlassen.

Aus den Krankenblättern ist zu entnehmen, daß erscheinungsfreie Intervalle bis zu 17 Jahren aufgetreten sind, allerdings nur bei 7 Patienten 5 Jahre und mehr.

III. Zusammenfassung.

Die Untersuchung erstreckt sich auf 320 Psoriasis-Patienten, die insgesamt 364 mal in den Jahren 1950 bis 1954 in der Universitäts-Hautklinik in Frankfurt stationär aufgenommen worden sind.

Die Psoriasis gehört zu den Hautkrankheiten, die verhältnismäßig häufig vorkommen. 4,4 % der in diesen 5 Jahren stationär aufgenommenen Patienten waren Psoriatischer. Eine ausgesprochene Bevorzugung des männlichen Geschlechts konnten wir im Gegensatz zu manchen anderen Autoren nicht feststellen. 52,18 % der Patienten waren Männer. Ein familiäres Vorkommen der Psoriasis war bei 30,8 % der Patienten angegeben.

Die Eigenanamnese der Patienten war im Großen und Ganzen unauffällig, jedoch war in einer Reihe von Fällen eine Beeinflussung der Psoriasis durch Angina, Menarche, Menses, Menopause und Schwangerschaft zu erkennen.

Die Untersuchung über die Abhängigkeit der Psoriasis von den Jahreszeiten ergab, daß im Herbst die meisten und im Sommer die wenigsten Schübe aufgetreten sind.

Bei der Feststellung des Lebensalters bei Erstausbruch der Psoriasis ergab sich ein Maximum zwischen dem 10. und 25. Lebensjahr, und zwar erkrankten die Frauen durchschnittlich 5 Jahre früher als die Männer.

Zu Beginn der Erkrankung waren am häufigsten Ellbogen, der behaarte Kopf und die Knie befallen, im Laufe der Krankheit Extremitäten, Stamm und behaarter Kopf in der genannten Reihenfolge. Keiner der Patienten hatte Schleimhautveränderungen.

Die Formen der Effloreszenzen, die am häufigsten vorkamen, waren Ps. punctata, guttata und en plaques, die Anordnung der Effloreszenzen zu Beginn meist solitär und disseminiert, später in erster Linie disseminiert und grossflächig.

Die Schuppung war vorwiegend stark, silberweiss und kleinschuppig.

Juckreiz bestand bei 81 Patienten.

Für das Auftreten des isomorphen Reizeffektes sind Beispiele angegeben.

Gleichzeitig mit der Psoriasis bestehende Hautkrankheiten und während des Krankenhausaufenthaltes aufgetretene Erkrankungen werden in den entsprechenden Kapiteln beschrieben.

Ausser dem Blutbild sind kaum Laboruntersuchungen durchgeführt worden. Auffällig war die häufig vorkommende Lymphocytose.

In dem Abschnitt Besonderheiten sind Beispiele angeführt, die veranschaulichen, unter welchen Bedingungen die Psoriasis auftreten kann.

V. Literaturverzeichnis:

- CHURCH, R. Brit. J. Dermat. 70, 139, (1958)
- GANS, O. Arch. of Dermat. (Chicago)
66, 598, (1952)
- GRÜNEBERG, Th. Hautarzt 3, 155, (1952)
- GRÜNEBERG, Th. GOTTRON, H.A. - W. SCHÖNFELD:
Dermatologie u. Venerologie II,1,
472, Georg Thieme Verlag, Stuttg.
- NARDELLI, L. Dermat. Wchschr. 136, 748, (1957)
- STAUFFER, H. Dermatologica (Basel) 117, 413,
(1958)
- STEINKE, A. Diss. Berlin, 1935: Stellungnah-
me zu umstrittenen Fragen bei
der Psoriasis vulgaris.
- TIEDEMANN, G. Ztschr. Menschl. Vererb.- u.
Konstit. Lehre 30, 248, (1950-52)
- WEBER, A. Diss. Halle, 1936: Über das Ver-
halten der Psoriasis vulgaris
während der verschiedenen Pha-
sen der geschlechtlichen Funk-
tion des Weibes unter besonde-
rer Berücksichtigung der Schwan-
gerschaft.

Meine akademischen Lehrer waren:

Prof. Dr. med. Altmann
Prof. Dr. med. Felix
Prof. Dr. med. Gans
Prof. Dr. med. Greeff
Prof. Dr. med., Dr. med. dent. Hauser
Priv. Doz. Dr. med. Kleinschmidt
Dr. med. dent. Koller
Prof. Dr. med. dent. Kuck
Prof. Dr. med. Kühne
Prof. Dr. med. dent. v. Reckow
Priv. Doz. Dr. med. Rossberg
Prof. Dr. med. Sandritter
Prof. Dr. med. Starck
Prof. Dr. med. Wezler

Innere Medizin
Physiologische Chemie
Dermatologie
Pharmakologie
Spezielle Chirurgie
Hygiene
Kieferorthopädie
Zahnersatzkunde
Allgemeine Chirurgie
Zahnerhaltungskunde
Hals-Nasen-Ohrenkrankh.
Pathologie
Anatomie
Physiologie

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die der Medizinischen Fakultät Frankfurt/Main zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel: Zur Klinik der Psoriasis (I)

Kritische Auswertung der Untersuchungsbefunde an Psoriasis-Patienten der Universitäts-Hautklinik Frankfurt aus den Jahren 1950 - 1954

in der Universitäts-Hautklinik Frankfurt
unter Leitung von Herrn Prof. Dr. med. F. Herrmann
mit Unterstützung durch Herrn Prof. Dr. med. G. Leonhardi
ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung
der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführ-
ten Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe bisher an keiner in- und ausländischen Medizinischen Fakultät ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht
noch die vorliegende Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Vorliegende Arbeit wurde (oder wird) in folgendem Publikations-
organ - veröffentlicht.

Frankfurt, den 24. Juli 1963

Mahmud Marchant

Lebenslauf.

Am 1.11.1933 wurde ich als Sohn des Zahnarztes
Mohsen Mokhtare und seiner Ehefrau Marzie, geb. Hakimi
in Täbriz / Iran geboren.

Im Sommer 1954 legte ich an dem Realgymnasium Garib
in Teheran die Reifeprüfung ab.

Im Sommer 1955 begann ich an der Universität in München
mit dem Studium der Zahnheilkunde, das ich im Oktober
1956 an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in
Frankfurt fortsetzte. Am 18.11.1960 bestand ich in
Frankfurt die zahnärztliche Prüfung.

Vom 5.12.1960 bis zum 30.6.1963 war ich als Assistent
beschäftigt. Am 1.7.1963 ließ ich mich als Zahnarzt
in Frankfurt a.M. nieder.

Mahmud Mokhtare

Frankfurt a.M.

Zeil 23

Frankfurt, den 24. Juli 1963

